

結核医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

(あて先)

埼玉県 保健所長

申請者の氏名

(〒 )

住 所

(注1) 申請者の個人番号

連 絡 先

患者との続柄

(記入は申請者の自署)

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 〔第 37 条 第 37 条の 2〕の規定により医療費公費負担を申請します。(いずれかに○)

Table with columns for patient name, address, gender, birth date, and guardian information.

注 1・2 医療機関に提出する際あるいは保健所への F A X 送信時は、未記入、シール貼付、マスキング等により個人番号が見えない状態にしてください。

(原本を保健所に提出する際は、個人番号を明記してください。)

注 3 保護者の欄は、患者が未成年者等の場合に記入し、住所が患者と同じ場合は省略可能です。

注 4 第 37 条による申請の場合には、次の書類を添付してください。

(②～④は初回のみ、③及び④は患者の個人番号を記入した場合は不要)

- ①入院勧告・措置書及び入院期間延長勧告・措置書(写し)
②患者の属する世帯全員の住民票の写し
③患者・患者の配偶者・患者と生計を一にする扶養義務者(祖父母、父母、子、孫、兄弟姉妹)の市町村民税所得割の額が記載された証明書
④健康保険証(写し)

※保健所使用欄(記入しないでください。)

Table with columns for ID card confirmation and household confirmation.